

大会当日、受付での3密回避のため、
ご記入の上必ずご持参ください。

第41回日本小児歯科学会中部地方会 大会参加申込書

日本小児歯科学会

都道府県_____ 会員No. _____

所属_____ 緊急連絡先
TEL _____

フリガナ _____ 年齢 _____ 才
氏名 _____ 性別 男・女

職種 に✓を入れ、それぞれの番号の受付にお進みください

① 日本小児歯科学会会員 歯科医師

- 日本小児歯科学会専門医 日本小児歯科学会認定医
 日本小児歯科学会指導医 日本小児歯科学会会員

② 日本小児歯科学会会員 歯科衛生士・その他

- 日本小児歯科学会認定歯科衛生士
 日本小児歯科学会歯科衛生士
 その他の日本小児歯科学会会員

③ 日本小児歯科学会非会員 一般（未入会）

- 歯科医師 歯科衛生士 その他（職種：_____）

④ 学生

- 歯科大学学生 歯科衛生士学校生 その他（_____）

※大会当日まで、予め記載のうえ、受付にご提出ください。

担当行政の指導により、年齢・性別・電話番号等の個人情報の記載をお願いしております。
必要な場合は保健所等公的機関に情報を提供し、また連絡することがあります。
本誌は開催後一定期間、事務局で厳重に保管し、保管終了後は速やかに処分いたします。